

BOLETÍN de Atención Integral de PERSONAS con VIH

Volumen 1, n° 2 abril-junio 2015

Lo más importante

- 68,738 personas en TAR.
- 83% de las personas en TAR por más de 6 meses con CV indetectable.
- Retención del 84.6% a los 12 meses de TAR.
- Cuba, primer país del mundo en recibir validación de la OMS por la eliminación de la transmisión vertical del VIH y sífilis.
- 59% de la mortalidad asociada al sida ocurre en los primeros 6 meses de vinculación a la atención.

La OMS valida en Cuba la eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis



El 30 de junio, Cuba se convirtió en el primer país del mundo en recibir de la OMS la validación por haber eliminado la transmisión de madre a hijo del VIH y sífilis, representando un importante éxito en la salud pública.

Dese 2010 la OPS y la OMS trabajan con Cuba y otros países de la región en la implementación de una iniciativa para la eliminación de la transmisión vertical del VIH y sífilis.

La detección del VIH en las mujeres embarazadas es el primer eslabón para la prevención de la transmisión vertical, por lo que Cuba desde finales de los 80 inició una estrategia de detección, realizando una prueba de VIH durante el primer trimestre.

A finales de los 90 implementó una segunda prueba en el tercer trimestre, y en la actualidad se realiza una prueba en cada trimestre. Dicha estrategia se ha acompañado por suspensión de la lactancia y parto vía cesárea, así como acceso a terapia ARV para la madre y el hijo.

Una mujer embarazada que vive con VIH sin tratamiento tiene entre 15 y 45% de posibilidades de transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo, parto y lactancia, en cambio, las estrategias mencionadas reducen el riesgo entre el 1 y 2%.

La transmisión de madre a hijo de VIH y sífilis se considera eliminada cuando las tasas de infección son tan bajas que dejan de ser consideradas un problema de salud pública.

En el caso de VIH son menos de 2 de cada 100 bebés nacidos de mujeres con VIH, la cual es la tasa mas baja con los métodos de prevención disponibles en la actualidad, y menos de 1 caso por cada 2,000 nacidos vivos para el caso de sífilis. En la región son 6 países y territorios más los que se encuentran en proceso de validación, entre ellos Estados Unidos y Canadá.

Suplemento especial de la Revista de Salud Pública de México



En junio de este año la revista de Salud Pública de México publicó su tercer número especial dedicado al VIH, titulado: "VIH/sida en México. Investigación operativa para la toma de decisiones".

En este volumen, académicos y responsables del programa de prevención y atención de VIH del país analizan algunos de los retos aún pendientes para la respuesta nacional al VIH, como es el caso de la baja demanda de la prueba reportada en mujeres transgénero en la Ciudad de México (Colchero et al) y en personas que utilizan drogas inyectables en Tijuana (Armenta et al); y las implicaciones del *bareback* para la prevención del VIH en grupos sociales con acceso al tratamiento en la Ciudad de México (Cuadra-Hernández et al).

El número especial aborda temas esenciales para la agenda del programa nacional, como son el diagnóstico y atención de las poblaciones clave, y la importancia del inicio oportuno del tratamiento, tema central para este Centro Nacional, por lo que se presenta un análisis detallado del inicio tardío del tratamiento en los últimos años (Magis-Rodríguez et al) y de algunos factores psicosociales asociados al inicio tardío (Nogueda-Orozco et al).

Conviene señalar que mediante la corrección de la mortalidad, se documentaron por primera vez casos de mortalidad asociada a sida del mismo año del inicio de la epidemia en 1983 (Cahuana-Hurtado et al).

Continuando con la importancia del inicio oportuno del tratamiento, se presenta en este suplemento el análisis de la mortalidad temprana asociada a sida, la cual ocurre en el 59% de las defunciones (Silverman-Retana et al) y se encuentra asociada al diagnóstico e inicio tardío de TAR. Escenario muy diferente al de la mortalidad no temprana, la cual es determinada por factores relacionados con la oferta de servicios (Bautista-Arredondo et al).

Por otra parte, la mortalidad en personas con VIH continúa siendo en su gran mayoría asociada a eventos definitorios de sida o infecciones bacterianas, situación muy diferente a la de países desarrollados (Martin-Onraet et al).

Aun así, se reporta una importante mejoría en la calidad de la prescripción de ARV en los pacientes cubiertos por el Seguro Popular, así como una reducción en los precios de ARV, aunque dicha reducción no resulta suficiente para balancear el crecimiento del número de personas en tratamiento.(Chaumont et al).

Por último, la publicación presenta importantes artículos sobre la prevención secundaria en mujeres que viven con VIH (Kendall et al) y la reducción de la discriminación y homofobia (Orozco-Núñez et al).

EDITORIAL

Contenido

Si gusta colaborar con esta publicación, favor de enviar su artículo original a:

boletín.censida@gmail.com

1200-1500 palabras incluyendo referencias.

La epidemia del VIH en México ya supera las tres décadas. En 1983 se reportó el primer caso de sida en México; en 1986 se creó el Comité Nacional de Prevención del Sida, cuyo objetivo fue evaluar la situación del VIH y el sida en México y establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento prevención y control; dos años después, en 1988, este Comité se convirtió en lo que hoy se conoce como el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CONASIDA), cuyo objetivo fundamental era promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del sida, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

Buscando realizar un primer balance de la epidemia, en 1988 la revista *Salud Pública de México* publicó su primer número monográfico sobre sida. En ese momento los casos de sida registrados ya ascendían a mil 126 (febrero de 1988) y ante la ausencia de un tratamiento específico, la sobrevida promedio era de sólo 10 meses.

A finales del 1995, la revista *Salud Pública de México* publicó un segundo número especial dedicado al VIH y el sida.[2] Para entonces ya se había creado el Registro Nacional de Casos de sida, que contaba con 22 mil 312 casos notificados (marzo de 1995); y como resultado del uso de antirretrovirales (*Zidovudina*, *Didanosina* y *Zalcitabina*), así como de antibióticos específicos contra las infecciones oportunistas, la sobrevida de los pacientes con sida en México se había incrementado apenas a 12 meses para los pacientes de la Secretaría de Salud.

En junio de este año se publicó el tercer número especial sobre VIH y sida, en un panorama distinto.[3] Al cierre del 2014, existía un registro acumulado de 228 mil 200 personas que se habían infectado por el VIH o desarrollado sida y más de 100 mil habían fallecido. Sin embargo, el desarrollo de la terapia antirretroviral de alta actividad, iniciado en 1996, ha cambiado radicalmente el pronóstico de las personas con VIH.

En México, esta terapia se empezó a utilizar con los derechohabientes del IMSS y el ISSSTE en 1997, y en 1998, para los pacientes de la Secretaría de Salud, pero fue hasta el año 2003 en que se convirtió en una política de salud pública de acceso gratuito y universal, de tal forma que se logró ofrecer el tratamiento a las personas que no tenían seguridad social. Como resultado, a finales de 2014 alrededor de 98 mil estaban recibiendo tratamiento antirretroviral y el 34% de las personas que viven con VIH ya habían alcanzado la supresión viral.

En suma, el abordaje del VIH y el sida se ha movido del paradigma epidemiológico, que dominó el análisis durante las dos primeras décadas de la epidemia, a un paradigma centrado en la atención integral, en donde el monitoreo de la atención a las personas que viven con VIH resulta el punto central.

El desarrollo de medicamentos antirretrovirales eficaces contra el VIH ha sido uno de los mayores éxitos de la medicina a finales del siglo XX; a 34 años de su descubrimiento, el VIH ha dejado de ser una sentencia de muerte para convertirse en una enfermedad crónica controlable.

Dr. Carlos Magis Rodríguez
Director de Atención Integral

Fuente: [1]*Salud Pública Méx* 1988: Vol 30 (4). [2]*Salud Pública Méx* 1995; Vol. 37(6). [3]*Salud Pública Méx* 2015: Vol 57(sup 2).

Consultorio móvil de atención AHF-Capasits Oaxaca: Estrategia de enlace exitosa

Dra. Ana María Matus Regules[1]; Dra. Gabriela Velásquez Rosas[2]

[1]Coordinadora Médica del País AHF México. [2]Directora General del COESIDA-CAPASITS Oaxaca y Responsable Estatal del Programa de VIH y Sida

El 9 de noviembre del 2011, el Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida Oaxaca (COESIDA), AIDS Healthcare Foundation México A.C. y los Servicios de Salud de Oaxaca, firmaron los "Puntos de Acuerdo" para implementar un nuevo modelo de atención médica ambulatoria.

En la actualidad el modelo del consultorio móvil ha reflejado resultados exitosos, logrando un alto porcentaje de adherencia e indetectabilidad (98%) en la población beneficiaria.

Se ha documentado la reducción de tiempos de traslado del usuario, reducción de costos a las instituciones, mejora de la calidad de vida de los usuarios y la reducción del número de abandonos a la terapia antirretroviral, entre otros beneficios.

El consultorio móvil de atención se traslada de manera planificada a las localidades con mayor número de casos en el interior del estado de Oaxaca y efectúa un proceso de selección de los usuarios que por diversos motivos se encuentran con dificultad para trasladarse al COESIDA-Capasits Oaxaca.

El equipo que se traslada a las localidades para brindar atención médica está actualmente conformado por una médica, una enfermera y un oficial de transporte. En la localidad donde se brinda la atención cada uno de los integrantes del consultorio móvil desempeña las funciones prioritarias que el usuario recibiría en el Capasits, como son: atención médica, programación de citas médicas, programación de tomas de muestra para cargas virales y recuento de CD4, se otorga el tratamiento antirretroviral específico, tratamiento para dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, tratamiento antihipertensivo, profilaxis para infecciones oportunistas, suplementos alimenticios, referencias a especialidades en el hospital de su localidad, acciones de detección oportuna, aplicación de pruebas rápidas de detección del VIH y orientación nutricional básica, todo esto previa coordinación con los hospitales que se visitan.

Las localidades que actualmente visita el consultorio móvil de Oaxaca son Pinotepa Nacional, Puerto Escondido y Loma Bonita Tuxtepec, y se divide en dos módulos estructurados para la atención de los usuarios según sus características.

Figura 1. Mapa las localidades que visita el consultorio móvil

Tuxtepec
Capasits Oaxaca
Pinotepa Nacional
Puerto Escondido

El primer módulo concentra usuarios subsecuentes en control virológico que, al no poder trasladarse, optan por abandonar la terapia antirretroviral. Son usuarios cumplidos que no cuentan con recursos económicos suficientes para el traslado, no tienen educación escolarizada básica, se les dificulta mucho el traslado, o que por motivos laborales no pueden acudir de forma mensual a sus citas; por lo que la idea de abandonar el tratamiento antirretroviral en estos usuarios es frecuente y muy probable si no encuentran el apoyo necesario.

El segundo módulo de reciente apertura en el 2015 incluye a usuarios que no están en control virológico, que necesitan la atención de una especialidad o subespecialidad y que por diversos factores encuentran complicado su traslado al Capasits Oaxaca.

En estos casos, el médico especialista puede atender al usuario en su localidad, por medio del equipo del consultorio móvil, y una vez que se logra el control virológico, el usuario se incorpora al módulo habitual.

En el periodo comprendido del mes de enero a julio del presente año, la unidad médica móvil de atención AHF proporcionó 592 consultas médicas, con igual suministro de medicamentos a un total de 148 usuarios beneficiados de forma intermitente, que continúan asistiendo de forma programada al Capasits Oaxaca para toma de muestras para marcadores de progresión, consulta de servicios e interconsultas con otras especialidades médicas.

Así mismo se estima que durante el período agosto a diciembre del año en curso se proporcionarán 444 consultas a las 148 personas beneficiarias, añadiéndose en su momento los datos de los nuevos usuarios que se incorporen al programa del consultorio móvil de atención.

Es relevante buscar y desarrollar modelos efectivos de prevención intra e intersectoriales, con la participación de quienes toman parte de la respuesta, incluyendo de manera fundamental el trabajo asociado de organizaciones, activistas, proveedores de servicios de salud y gobiernos.

Por simple que parezca, es enorme el reto de ponerse de acuerdo, ha faltado voluntad, siendo las tensiones entre fuerzas las que ponen en riesgo la mejor respuesta. En consecuencia es urgente cerrar las visiones unilaterales y lograr la apertura.[1]

El consultorio móvil ha requerido de esfuerzos y de recursos permanentes para lograr los objetivos, pero la participación de todos los actores en la respuesta ha jugado un papel definitivo para la obtención del resultado. La participación conjunta de varias instituciones, en la firma del convenio y en la localidad donde se brinda el servicio, es una de las pautas que ha marcado la diferencia.

“Por las diferencias que presentan las comunidades rurales, se propone la construcción de estrategias de prevención distintas para cada una de ellas, estrategias que deben tomar en cuenta las condiciones específicas de la población a la que van dirigidas.”[2]

¿Es posible incorporar este modelo de atención a personas que viven con VIH en otras poblaciones rurales? Sí, este es un proyecto redituable y sus gastos operativos no superan los beneficios obtenidos. Valdría la pena apostar a nuevas estrategias dirigidas a los grupos socialmente vulnerables que tienen pocos recursos económicos, que tienen acceso limitado a servicios de salud y educación. Por supuesto que es indispensable conocer las características y particularidades de las poblaciones a las que se pretende beneficiar, sin embargo, las poblaciones más vulnerables comparten muchas características y necesidades similares.

La Unidad Móvil de Atención (UMA) es una buena alternativa para los usuarios de bajos recursos económicos en Oaxaca, porque además de brindar tratamiento antirretroviral específico, también otorga tratamientos para otras comorbilidades asociadas o no al VIH. Evita la saturación de los servicios de salud tradicionales y el gasto mensual de traslado. Favorece la adherencia, evitando el abandono del tratamiento, que a largo plazo implicaría reinicios de tratamientos, resistencias a fármacos antirretrovirales y deterioro en la salud de las personas que viven con VIH en Oaxaca.

El proyecto del consultorio móvil satisface las necesidades de la población que se seleccionó y que por sus características actualmente se benefician del proyecto, además de ser una estrategia sostenible y bien fundamentada, que ha sido una inversión redituable. La planificación ha proporcionado excelentes resultados y éxito a las instituciones que hicieron alianza.

Aún es posible implementar nuevas acciones que permitan aprovechar al máximo los recursos otorgados para su funcionamiento, por lo que durante este año se equipó el consultorio con un Pima™ Analyse (© 2015 Alere), destinado para efectuar conteo linfocitario de CD4+, en el rescate de usuarios fuera de control virológico del Capasits Oaxaca que se perdieron en el proceso continuo de servicios de tratamiento, atención y apoyo.

Lo anterior para mejorar la vida de las personas con VIH que se benefician de estos servicios con apego a la normatividad vigente en México, a las guías nacionales de antirretrovirales y al modelo de atención integral de los Centros Ambulatorios para la Prevención del VIH e Infecciones de Transmisión Sexual.

Quizá la situación real para abordar no es si hay estrategias exitosas, porque es claro que existen, y tampoco es quién realiza la estrategia; la cuestión real es: ¿podemos continuar con el trabajo asociado y sumar esfuerzos?, ¿quieren los gobiernos comprometerse para aumentar los fondos para la respuesta al VIH? En definitiva no es fácil pero es necesario crear alianzas que nos permitan optimizar los resultados en la respuesta al VIH.

1. Candela Iglesias M, García de León C. Treinta años del VIH-Sida: perspectivas desde México, retos de la prevención en México; noviembre 2011:p189.

2. Magis Rodríguez C, Bravo García E, Carrillo AM. La otra epidemia: el sida en el área rural; agosto 2003:p 7. Disponible en: http://www.portalsida.org/repos/otraepid.pdf

Primer y segundo foro latinoamericano y del caribe sobre el continuo de al atención al VIH



Segundo Foro de América Latina y el Caribe
"Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención"







El Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención del VIH se celebró en la Ciudad de México del 26 al 28 de mayo del 2014 con el tema: "Del diagnóstico al tratamiento efectivo: optimizando las etapas en el continuo de la atención". Su propósito fue contribuir a la expansión y la sostenibilidad de la respuesta ante el VIH y, en particular, de la atención integral mediante alianzas entre programas nacionales, servicios de salud, médicos clínicos y representantes de la sociedad civil.

En el primer Foro se generó un "Llamado a la Acción"[1], suscrito por todos los participantes, que contiene recomendaciones clave para ampliar el acceso sostenible y equitativo, así como la cobertura y la calidad de la atención y los servicios de tratamiento de la infección por el VIH. Durante el primer Foro se aprobaron las metas "90-90-90", metas programáticas nuevas y ambiciosas, pero plausiblemente alcanzables por la región en el año 2020: 90% de las personas con VIH conocen su diagnóstico; 90% de ellas en tratamiento antirretroviral; y 90% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral alcanzan la supresión vírica.

En la ciudad de Rio de Janeiro, Brasil, del 18 al 20 de agosto de 2015, se llevó a cabo el Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe donde se discutieron temas relacionados con la prevención combinada del VIH y la reducción del estigma y discriminación como componentes esenciales para fortalecer los acuerdos de la región sobre el continuo de la prevención y la atención.

Estos compromisos deben estar alineados con la reducción del número de nuevas infecciones del VIH que propone la Acción Acelerada (Fast Track) de Onusida para el 2020, así como también para terminar con el sida como un problema de salud pública para 2030.[2]

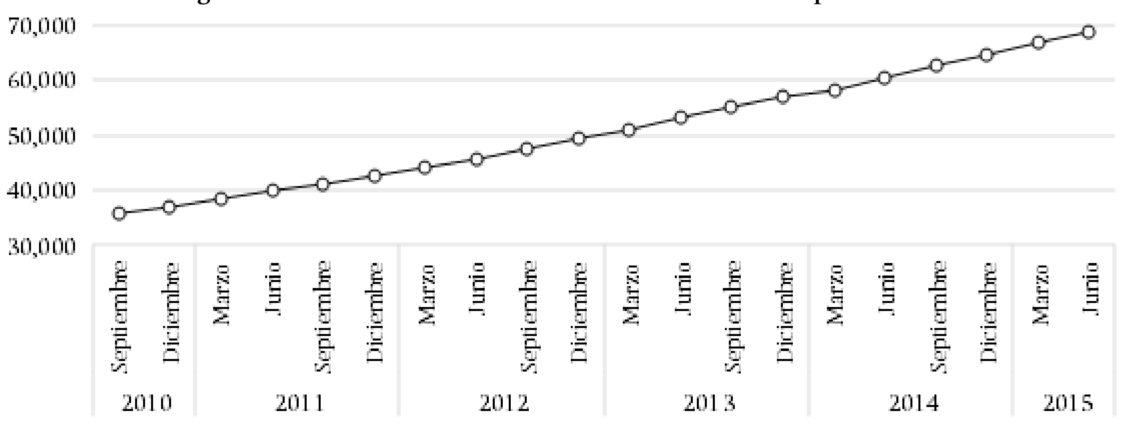
[1]Llamado a la acción del Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de la Atención. Mayo, 2014. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Llamado_a_la_Accion1.pdf

[2]Llamado a la acción del Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de la Atención. Agosto, 2015. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/deteccion/Llamado_a_la_accion_II_foro_Regional_ES.pdf

Actualización epidemiológica: 2° trimestre 2015

Personas con VIH en tratamiento antirretroviral en Capasits y Saih

Figura 1. Personas con VIH en tratamiento antiretroviral por trimestre



Al 30 de junio de 2015 había 68 mil 738 personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral,

15,184 son mujeres, lo que equivale a una razón de masculinidad nacional de 3.5 hombres por cada mujer en tratamiento.

El 2.3 por ciento de esta población tiene menos de 15 años, mientras que el 16.9 por ciento tiene 50 años o más.

Tabla I. Distribución de los grupos de edad de personas en TAR por año

	2011	2012	2013	2014	**2015**
0 a 8	727	822	835	903	767
	1.7%	1.7%	1.5%	1.4%	1.1%
9 a 14	575	624	717	758	702
	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.0%
15 a 29	8,321	9,938	11,981	13,628	13,824
	19.6%	20.1%	21.0%	21.1%	20.1%
30 a 39	15,494	17,482	19,593	21,667	22,886
	36.4%	35.4%	34.3%	33.5%	33.3%
40 a 49	11,585	13,471	15,412	17,485	18,877
	27.2%	27.3%	27.0%	27.1%	27.5%
50 a 59	4,356	5,321	6,382	7,579	8,681
	10.2%	10.8%	11.2%	11.7%	12.6%
60 y más	1,481	1,757	2,138	2,559	2,990
	3.5%	3.6%	3.7%	4.0%	4.3%
Total	42,553	49,429	57,072	64,594	68,738

Tabla II. Personas en TAR por lugar de atención y razón de masculinidad

Lugar de atención	Personas con VIH en TAR	Razón de masculinidad
Aguascalientes	453	3.4
Baja California	2,392	2.8
Baja California Sur	362	2.6
Campeche	717	2.6
Chiapas	3,447	2.0
Chihuahua	1,826	3.4
Coahuila	771	3.6
Colima	540	3.1
Distrito Federal	9,952	8.8
Durango	515	3.8
Guanajuato	1,897	3.7
Guerrero	2,234	2.0
Hidalgo	670	2.8
Jalisco	4,730	5.1
México	5,969	4.1
Michoacán	1,220	3.3
Morelos	1,190	3.2
Nayarit	674	2.9
Nuevo León	2,140	5.0
Oaxaca	2,017	2.4
Puebla	2,609	3.4
Querétaro	696	4.4
Quintana Roo	1,660	3.5
San Luis Potosí	748	2.6
Sinaloa	890	3.3
Sonora	688	3.3
Tabasco	2,622	2.8
Tamaulipas	2,030	2.4
Tlaxcala	624	2.9
Veracruz	6,614	2.2
Yucatán	1,822	4.0
Zacatecas	340	2.9
Entidades	65,059	3.5
Institutos y Hospitales	3,679	5.2
Nacional	68,738	3.5

Tabla III. Personas en TAR por lugar de atención, género y grupo de edad

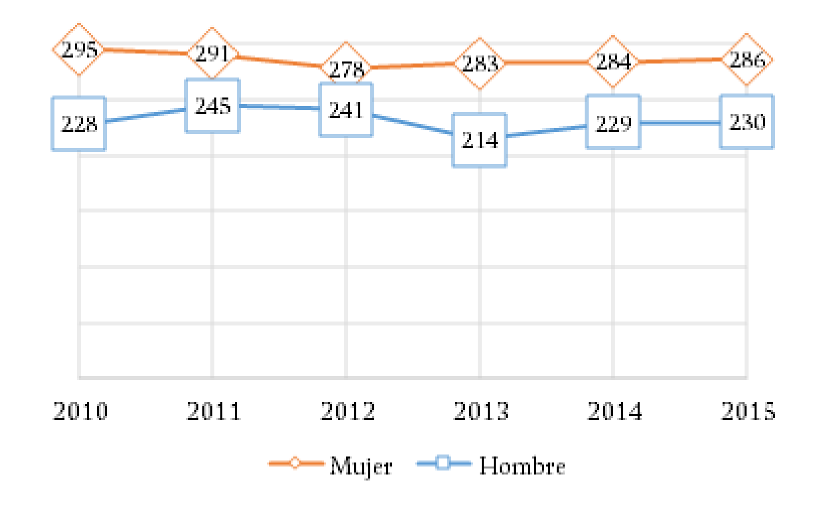
Unidad de atención	0 a 8		9 a 14		15 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 y más		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Aguascalientes	2	3	2	4	14	48	36	109	27	116	9	54	12	17	102	351
Baja California	20	15	17	14	115	266	201	526	149	595	86	282	42	64	630	1,762
Baja California Sur	1		3	6	16	33	42	100	25	83	13	33	1	6	101	261
Campeche	5	7	7	2	63	123	61	178	36	126	20	72	5	12	197	520
Chiapas	34	43	26	31	256	501	403	804	224	513	132	284	64	132	1,139	2,308
Chihuahua	8	13	11	7	96	198	105	405	116	494	58	232	17	66	411	1,415
Coahuila	3	5	2	2	50	110	49	215	45	174	11	80	6	19	166	605
Colima	3	5	3	3	33	66	44	120	31	131	15	63	2	21	131	409
Distrito Federal	2	1			168	1,989	313	3,134	307	2,492	175	1,015	55	301	1,020	8,932
Durango		3		5	16	48	35	137	36	143	16	60	4	12	107	408
Guanajuato	9	10	8	3	66	253	117	472	135	464	47	219	24	70	406	1,491
Guerrero	21	13	17	19	160	231	267	504	158	447	77	197	37	86	737	1,497
Hidalgo	5	3	5	5	30	104	60	173	56	141	15	52	4	17	175	495
Jalisco	13	22	12	21	141	635	229	1,269	235	1,214	99	592	45	203	774	3,956
México		13	5	3	222	1,085	429	1,727	308	1,359	147	464	62	145	1,173	4,796
Michoacán	6	2	8	4	49	127	101	281	76	302	30	163	15	56	285	935
Morelos	4	3	11	2	53	187	81	295	73	237	42	120	19	63	283	907
Nayarit	1	6	4	3	33	72	52	158	43	157	31	67	7	40	171	503
Nuevo León	6	16	9	9	73	332	134	561	81	546	45	258	10	60	358	1,782
Oaxaca	20	15	9	17	131	273	204	483	129	375	64	170	35	92	592	1,425
Puebla	10	13	13	15	129	520	183	765	147	456	81	185	32	60	595	2,014
Querétaro	2		2	2	18	132	45	202	38	141	15	74	8	17	128	568
Quintana Roo	7	7	5	3	103	351	120	464	84	303	41	135	8	29	368	1,292
San Luis Potosí	6	3	11	6	48	75	57	172	54	191	24	66	7	28	207	541
Sinaloa	6	6	5	5	44	93	71	199	45	228	28	123	7	30	206	684
Sonora	1	3	4	1	29	66	65	162	39	186	17	88	5	22	160	528
Tabasco	12	24	25	19	184	517	243	645	152	442	62	222	19	56	697	1,925
Tamaulipas	21	27	5	8	167	266	184	488	141	396	59	193	18	57	595	1,435
Tlaxcala	5	6	2	3	30	116	53	163	42	114	21	48	5	16	158	466
Veracruz	29	47	54	37	463	943	728	1,478	481	1,176	219	608	93	251	2,070	4,544
Yucatán	8	14	5	10	75	382	142	444	73	361	42	185	19	62	364	1,458
Zacatecas	1	2	1	1	20	35	24	95	28	75	11	34	3	10	88	252
Entidades	271	350	291	270	3,095	10,177	4,878	16,928	3,614	14,178	1,752	6,438	690	2,120	14,594	50,465
Institutos y Hospitales	64	82	70	71	113	439	110	970	135	950	59	432	36	144	590	3,089
Nacional	335	432	361	341	3,208	10,616	4,988	17,898	3,749	15,128	1,811	6,870	726	2,264	15,184	53,554

Figura 2. Mapa de la razón de masculinidad de las personas con VIH en tratamiento antirretroviral por entidad de atención

2 a 2.9
3 a 3.9
4 a 4.9
5 y más

Estatus inmunológico de personas con VIH al diagnóstico

Figura 3. Mediana de CD4 al diagnóstico según año de primer registro y género



Durante el primer semestre de 2015 se registró el primer recuento de CD4 a 1,221 mujeres y 5,192 hombres, de los cuales el 39.5 y 45.5 por ciento respectivamente, presentaron recuentos de CD4 menores a 200 células/mm^3, con una mediana en mujeres de 286 y en hombres de 230

Tabla IV. Mediana de primer cuenta de CD4 registrada y proporción menor a 200 células/mm^3 por género y lugar de atención

Lugar de atención	CD4 al diagnóstico								Diagnóstico tardío			
	2014				2015				2014		2015	
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
	n	Mediana	n	Mediana	n	Mediana	n	Mediana				
Aguascalientes	24	406	77	243	6	294	46	265	34.8%	44.2%	16.7%	39.1%
Baja California	91	286	306	270	38	221	144	207	40.4%	42.0%	50.0%	48.6%
Baja California Sur	16	354	48	232	11	145	29	113	37.5%	44.7%	54.5%	58.6%
Campeche	36	289	115	249	24	360	71	145	39.5%	47.4%	29.2%	57.7%
Chiapas	243	260	541	172	113	221	301	188	41.9%	56.3%	46.9%	51.8%
Chihuahua	83	343	274	261	58	513	132	247	38.1%	40.4%	29.3%	43.2%
Coahuila	29	190	119	164	17	298	77	195	51.7%	58.8%	47.1%	50.6%
Colima	26	292	72	213	12	393	39	188	44.0%	45.9%	33.3%	53.8%
Distrito Federal	139	257	1,586	249	81	203	808	258	42.0%	39.7%	49.4%	38.7%
Durango	17	323	72	245	5	561	33	212	35.3%	43.2%	20.0%	48.5%
Guanajuato	48	294	234	310	21	350	131	284	34.7%	37.4%	28.6%	37.4%
Guerrero	133	281	294	194	42	273	128	184	34.6%	50.7%	38.1%	52.3%
Hidalgo	14	181	93	196	15	348	50	186	60.0%	52.6%	33.3%	56.0%
Jalisco	103	233	705	228	56	253	440	237	40.4%	46.8%	39.3%	43.9%
México	158	219	805	198	75	271	421	220	45.9%	50.0%	41.3%	47.5%
Michoacán	51	181	177	195	23	180	86	158	54.9%	49.1%	56.5%	55.8%
Morelos	44	309	204	247	15	289	88	299	29.5%	43.8%	40.0%	36.4%
Nayarit	36	333	86	153	10	580	32	305	28.6%	58.8%	30.0%	34.4%
Nuevo León	54	354	272	299	25	272	178	253	34.0%	31.5%	32.0%	40.4%
Oaxaca	104	275	312	208	36	271	137	194	36.9%	48.9%	44.4%	53.3%
Puebla	90	259	393	257	45	276	173	227	37.2%	44.5%	40.0%	45.1%
Querétaro	26	378	128	312	6	186	69	340	40.0%	35.4%	66.7%	33.3%
Quintana Roo	82	333	285	282	52	368	191	310	34.6%	38.6%	32.7%	31.9%
San Luis Potosí	20	343	106	170	15	259	51	207	25.0%	57.9%	46.7%	49.0%
Sinaloa	36	191	148	174	6	229	40	170	52.8%	53.3%	50.0%	67.5%
Sonora	37	401	143	410	10	531	15	508	19.4%	22.3%	20.0%	13.3%
Tabasco	126	239	374	201	85	266	249	215	41.6%	49.2%	40.0%	48.6%
Tamaulipas	130	341	376	208	70	330	203	242	36.4%	49.7%	35.7%	43.3%
Tlaxcala	27	288	67	199	3	2,490	37	183	32.1%	52.9%	0.0%	54.1%
Veracruz	371	284	998	226	162	303	464	205	37.9%	45.4%	38.3%	49.4%
Yucatán	55	233	265	172	30	237	143	196	42.9%	54.4%	40.0%	51.7%
Zacatecas	15	411	46	341	13	365	21	247	20.0%	30.2%	15.4%	33.3%
Entidades	2,464	279	9,721	228	1,180	283	5,027	230	39.1%	45.5%	39.7%	45.3%
Institutos y Hospitales	84	572	366	260	41	391	165	189	21.4%	41.9%	34.1%	51.5%
Nacional	2,548	284	10,087	229	1,221	286	5,192	230	38.5%	45.4%	39.5%	45.5%

Actualización epidemiológica: 2° trimestre de 2015

Eficacia del tratamiento antirretroviral de las personas con VIH

Se analizaron 52,163 personas con VIH que tienes 6 meses o más en tratamiento ARV y una carga viral en los últimos 6 meses, de las cuales el 83% estaba indetectable.

Se excluyó al 15% de las personas con 6 meses o más en tratamiento que no contaba con carga viral reciente.

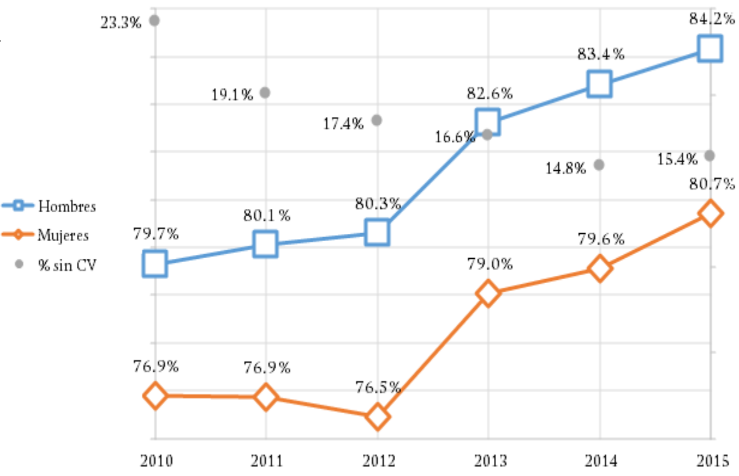


Tabla V. Personas con VIH en TAR durante 6 meses o más*

Entidad	N	Sin CV en los últimos 6 meses	CV en los últimos 6 meses	CV indetectable **	% CV indetectable
Aguascalientes	406	8%	375	315	84%
Baja California	2,149	46%	1,151	729	63%
Baja California Sur	314	25%	237	176	74%
Campeche	616	13%	534	394	74%
Chiapas	3,058	16%	2,580	2,029	79%
Chihuahua	1,612	11%	1,431	1,238	87%
Coahuila	678	15%	574	446	78%
Colima	490	7%	456	364	80%
Distrito Federal	8,986	6%	8,487	7,443	88%
Durango	462	11%	412	349	85%
Guanajuato	1,635	7%	1,514	1,324	87%
Guerrero	2,054	3%	1,992	1,616	81%
Hidalgo	618	11%	552	460	83%
Jalisco	4,194	14%	3,624	3,019	83%
México	5,415	11%	4,841	4,253	88%
Michoacán	1,097	5%	1,037	900	87%
Morelos	1,056	4%	1,014	880	87%
Nayarit	620	20%	494	383	78%
Nuevo León	1,897	35%	1228	948	77%
Oaxaca	1,795	12%	1,573	1,346	86%
Puebla	2,359	10%	2,123	1,891	89%
Querétaro	618	10%	554	488	88%
Quintana Roo	1,435	16%	1,212	942	78%
San Luis Potosí	681	13%	594	522	88%
Sinaloa	796	31%	547	425	78%
Sonora	627	77%	147	112	76%
Tabasco	2,238	11%	1,982	1,547	78%
Tamaulipas	1,753	13%	1,532	1,193	78%
Tlaxcala	576	13%	503	434	86%
Veracruz	5,998	27%	4,380	3,453	79%
Yucatán	1,621	16%	1,365	1,088	80%
Zacatecas	301	17%	251	218	87%
Entidades	58,155	15%	49,296	40,925	83%
Institutos y Hospitales	3,468	17%	2,867	2,575	90%
Nacional	61,623	15%	52,163	43,500	83%

* 6 meses en tratamiento antirretroviral acorde a la fecha de primer esquema registrado en SALVAR
** carga viral menor igual a 50 copias/ml

Tabla VI. Personas con VIH en TAR durante 6 meses o más

Entidad	Mujeres					Hombres				
	N	Sin CV en los últimos 6 meses	CV en los últimos 6 meses	CV menor a 50 copias/ml	% CV indetectable	N	Sin CV en los últimos 6 meses	CV en los últimos 6 meses	CV menor a 50 copias/ml	% CV indetectable
Aguascalientes	94	4%	90	77	86%	312	9%	285	238	84%
Baja California	572	48%	295	197	67%	1,577	46%	856	532	62%
Baja California Sur	88	17%	73	58	79%	226	27%	164	118	72%
Campeche	175	11%	155	104	67%	441	14%	379	290	77%
Chiapas	1,024	14%	884	680	77%	2,034	17%	1,696	1,349	80%
Chihuahua	356	11%	316	272	86%	1,256	11%	1,115	966	87%
Coahuila	149	17%	124	107	86%	529	15%	450	339	75%
Colima	119	3%	116	82	71%	371	8%	340	282	83%
Distrito Federal	932	7%	870	762	88%	8,054	5%	7,617	6,681	88%
Durango	99	9%	90	71	79%	363	11%	322	278	86%
Guanajuato	360	6%	340	292	86%	1,275	8%	1,174	1,032	88%
Guerrero	688	3%	670	512	76%	1,366	3%	1,322	1,104	84%
Hidalgo	165	10%	149	125	84%	453	11%	403	335	83%
Jalisco	714	12%	629	527	84%	3,480	14%	2,995	2,492	83%
México	1,083	10%	971	818	84%	4,332	11%	3,870	3,435	89%
Michoacán	255	7%	238	199	84%	842	5%	799	701	88%
Morelos	260	3%	251	217	86%	796	4%	763	663	87%
Nayarit	155	26%	114	87	76%	465	18%	380	296	78%
Nuevo León	333	38%	207	155	75%	1,564	35%	1021	793	78%
Oaxaca	539	11%	480	413	86%	1,256	13%	1,093	933	85%
Puebla	551	12%	486	435	90%	1,808	9%	1,637	1,456	89%
Querétaro	116	9%	105	89	85%	502	11%	449	399	89%
Quintana Roo	328	17%	273	214	78%	1,107	15%	939	728	78%
San Luis Potosí	186	14%	160	130	81%	495	12%	434	392	90%
Sinaloa	190	27%	138	108	78%	606	33%	409	317	78%
Sonora	143	74%	37	27	73%	484	77%	110	85	77%
Tabasco	593	11%	525	397	76%	1,645	11%	1,457	1,150	79%
Tamaulipas	526	13%	458	321	70%	1,227	12%	1,074	872	81%
Tlaxcala	151	11%	134	115	86%	425	13%	369	319	86%
Veracruz	1,905	26%	1,403	1103	79%	4,093	27%	2,977	2,350	79%
Yucatán	332	19%	270	205	76%	1,289	15%	1,095	883	81%
Zacatecas	73	16%	61	52	85%	228	17%	190	166	87%
Entidades	13,254	16%	11,112	8,951	81%	44,901	15%	38,184	31,974	84%
Institutos y Hospitales	554	16%	464	393	85%	2,914	18%	2,403	2,182	91%
Nacional	13,808	16%	11,576	9,344	81%	47,815	15%	40,587	34,156	84%

Retención al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH

Se analizaron 5,625 personas con VIH con de fecha de primer esquema durante el primer semestre de 2014. El 80.5% de las mujeres y el 85.7% de los hombres continuaban activos en tratamiento antirretroviral a los 12 meses de haberlo iniciado. México, Colima y San Luis Potosí son las entidades con mayo diferencia de género.

Tabla VII. Retención al tratamiento ARV de personas con VIH en TAR durante 12 meses

Lugar de atención	Personas que cumplieron 12 meses en TAR			Mujeres que cumplieron 12 meses en TAR			Hombres que cumplieron 12 meses en TAR		
	N	Activos	%	N	Activos	%	N	Activos	%
Aguascalientes	31	26	83.9%	7	7	100.0%	24	19	79.2%
Baja California	181	145	80.1%	42	33	78.6%	139	112	80.6%
Baja California Sur	27	18	66.7%	11	7	63.6%	16	11	68.8%
Campeche	67	61	91.0%	23	21	91.3%	44	40	90.9%
Chiapas	344	278	80.8%	102	86	84.3%	242	192	79.3%
Chihuahua	158	139	88.0%	37	31	83.8%	121	108	89.3%
Coahuila	82	70	85.4%	9	8	88.9%	73	62	84.9%
Colima	47	33	70.2%	12	7	58.3%	35	26	74.3%
Distrito Federal	792	721	91.0%	76	63	82.9%	716	658	91.9%
Durango	43	39	90.7%	7	6	85.7%	36	33	91.7%
Guanajuato	101	89	88.1%	18	17	94.4%	83	72	86.7%
Guerrero	209	162	77.5%	81	65	80.2%	128	97	75.8%
Hidalgo	47	35	74.5%	6	5	83.3%	41	30	73.2%
Jalisco	378	323	85.4%	56	44	78.6%	322	279	86.6%
México	477	376	78.8%	102	59	57.8%	375	317	84.5%
Michoacán	101	80	79.2%	24	18	75.0%	77	62	80.5%
Morelos	87	69	79.3%	10	9	90.0%	77	60	77.9%
Nayarit	56	47	83.9%	7	6	85.7%	49	41	83.7%
Nuevo León	222	186	83.8%	38	31	81.6%	184	155	84.2%
Oaxaca	172	141	82.0%	49	43	87.8%	123	98	79.7%
Puebla	196	185	94.4%	49	44	89.8%	147	141	95.9%
Querétaro	45	39	86.7%	4	4	100.0%	41	35	85.4%
Quintana Roo	173	146	84.4%	37	29	78.4%	136	117	86.0%
San Luis Potosí	47	38	80.9%	9	5	55.6%	38	33	86.8%
Sinaloa	92	78	84.8%	17	15	88.2%	75	63	84.0%
Sonora	60	45	75.0%	13	12	92.3%	47	33	70.2%
Tabasco	235	200	85.1%	63	52	82.5%	172	148	86.0%
Tamaulipas	182	145	79.7%	55	42	76.4%	127	103	81.1%
Tlaxcala	40	39	97.5%	8	8	100.0%	32	31	96.9%
Veracruz	577	480	83.2%	157	130	82.8%	420	350	83.3%
Yucatán	156	137	87.8%	29	23	79.3%	127	114	89.8%
Zacatecas	11	8	72.7%	3	2	66.7%	8	6	75.0%
Entidades	5,436	4,578	84.2%	1,161	932	80.3%	4,275	3,646	85.3%
Institutos y Hospitales	189	181	95.8%	20	19	95.0%	169	162	95.9%
Nacional	5,625	4,759	84.6%	1,181	951	80.5%	4,444	3,808	85.7%

Razón de mortalidad de personas con VIH en tratamiento antirretroviral

Durante el primer trimestre de 2015 se registraron 222 defunciones, 22% en mujeres y 88% en hombres, proporciones similares a las de las mujeres y hombres en TAR, 23 y 87% respectivamente. Se calculó la razón de mortalidad, el cual es un indicador basado en la relación entre las defunciones de los últimos 12 meses y el total de personas en TAR.

Tabla VIII. Defunción de personas con VIH en TAR durante los últimos 12 meses

Lugar de Atención	Personas en TAR			Defunciones en 12 meses			Razón de mortalidad de personas en TAR		
	N	Mujeres	Hombres	N	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Aguascalientes	453	102	351	19	5	14	4.2%	4.9%	4.0%
Baja California	2,392	630	1,762	53	13	40	2.2%	2.1%	2.3%
Baja California Sur	362	101	261	14	7	7	3.9%	6.9%	2.7%
Campeche	717	197	520	25	8	17	3.5%	4.1%	3.3%
Chiapas	3,447	1,139	2,308	114	25	89	3.3%	2.2%	3.9%
Chihuahua	1,826	411	1,415	52	17	35	2.8%	4.1%	2.5%
Coahuila	771	166	605	40	4	36	5.2%	2.4%	6.0%
Colima	540	131	409	12	3	9	2.2%	2.3%	2.2%
Distrito Federal	9,952	1,020	8,932	101	11	90	1.0%	1.1%	1.0%
Durango	515	107	408	13	3	10	2.5%	2.8%	2.5%
Guanajuato	1,897	406	1,491	52	7	45	2.7%	1.7%	3.0%
Guerrero	2,234	737	1,497	84	28	56	3.8%	3.8%	3.7%
Hidalgo	670	175	495	11		11	1.6%	0.0%	2.2%
Jalisco	4,730	774	3,956	73	12	61	1.5%	1.6%	1.5%
México	5,969	1,173	4,796	73	14	59	1.2%	1.2%	1.2%
Michoacán	1,220	285	935	38	8	30	3.1%	2.8%	3.2%
Morelos	1,190	283	907	38	9	29	3.2%	3.2%	3.2%
Nayarit	674	171	503	23	2	21	3.4%	1.2%	4.2%
Nuevo León	2,140	358	1,782	27	4	23	1.3%	1.1%	1.3%
Oaxaca	2,017	592	1,425	62	8	54	3.1%	1.4%	3.8%
Puebla	2,609	595	2,014	64	8	56	2.5%	1.3%	2.8%
Querétaro	696	128	568	23	4	19	3.3%	3.1%	3.3%
Quintana Roo	1,660	368	1,292	34	4	30	2.0%	1.1%	2.3%
San Luis Potosí	748	207	541	19	2	17	2.5%	1.0%	3.1%
Sinaloa	890	206	684	34	7	27	3.8%	3.4%	3.9%
Sonora	688	160	528	33	10	23	4.8%	6.3%	4.4%
Tabasco	2,622	697	1,925	85	13	72	3.2%	1.9%	3.7%
Tamaulipas	2,030	595	1,435	51	16	35	2.5%	2.7%	2.4%
Tlaxcala	624	158	466	10	38	10	1.6%	24.1%	2.1%
Veracruz	6,614	2,070	4,544	192	9	154	2.9%	0.4%	3.4%
Yucatán	1,822	364	1,458	37		28	2.0%	0.0%	1.9%
Zacatecas	340	88	252	8		8	2.4%	0.0%	3.2%
Entidades	65,059	14,594	50,465	1,514	299	1,215	2.3%	2.0%	2.4%
Institutos y Hospitales	3,679	590	3,089	23	4	19	0.6%	0.7%	0.6%
Nacional	68,738	15,184	53,554	1,537	303	1,234	2.2%	2.0%	2.3%


CENSIDA
Centro Nacional para la Prevención
y el Control del VIH y el sida


BOLETÍN
de Atención Integral
de PERSONAS con VIH
Volumen 1, n° 2 abril-junio 2015